

第8号様式（第17条関係）

受 給 者 記 入 欄	⑧ ひとり親家庭等医療費支給申請書 年 月 日					
	(宛先) 伊奈町長 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 申請者 住 所 氏 名 電 話 </div> 下記のとおり医療費の支給を申請します。					
受 給 者	受給者証 記号番号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名		
	ふりがな			市町村民税の状況	課税・非課税	
	氏 名			記 号 ・ 番 号		
	生年月日	年 月 日		名	称	

※太枠内を記入してください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	領 収 書					
	¥ _____ 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 _____ 円含む) ただし、入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。					
	保 険 診 療 総 点 数		他法負担分 点 数			
	入院	年 月 日から入院日数 日	外来	年 月分外来日数 日		
	入院時食事療養標準負担額 ¥ _____ (算定食数 _____ 食) _____ 年 月 日 _____ 様					
	医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名 印					

注)他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	受 付	通 知	支 払	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支 給 額 合 計
	円	円	円	
	条例第6条自己負担金			
	円			
入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4月以降)	円	
円 × 食 × 1/2 = 円	円 × 食 × 1/2 = 円	円 × 食 × 1/2 = 円		